EPILEPTISCHES IRRESEIN.

ANNUAERER TYPUS DESSELBEN

UND SEINE PROGNOSE.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KÖNGL. BAYER. FRIEDRICH-ALEXANDERS-UNIVERSITÄT

ERLANGEN

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

GESAMMTEN MEDICIN

VORGELEGT VON

HANS KIRCHNER

AUS

FREISING.

WÜRZBURG.

DRUCK VON F. FROMME, BURKARDERSTRASSE 25.

1895.

SEINEM

THEUREN VATER

in

Liebe und Dankbarkeit

GEWIDMET

VOM VERFASSER.

Epilepsie hatte man früher ein Symptomenbild genannt, in welchem Krämpfe und Bewustlosigkeit im Vordergrunde stehen und welches bereits Hippokrates*) kannte.

---

*) Ein Beweis für die Unbefangenheit des Hippokrates bei seinen Beobachtungen ist der Umstand, dass er zu einer Zeit, in der man bei allen Krankheiten göttlichen Einfluss vermutete, die Behauptung aufstellte, dass die Epilepsie, welche man direkt als „die heilige Krankheit" bezeichnete, „nicht göttlicher und heiliger sei, als andere Krankheiten, sondern dass sie ebensogut ihren Grund, aus dem sie entsteht, habe, wie andere Krankheiten." (Hippokrates sämtliche Werke, übersetzt von Dr. Upmann 1847, pag. 82.)

Den Anfall selbst schilderte Hippokrates in durchaus charakteristischer Weise: „Wenn er (i. e. der Schleimfluss vom Gehirn) in die vorhergenannten Adern gelangt, so verliert der Mensch die Stimme, wird erstickt, es fliesst ihm Schaum aus dem Munde, er knirscht mit den Zähnen, die Hände ziehen sich zusammen, die Augen werden verdreht, die Menschen empfinden und kennen nichts, und bei einigen geht Kot nach unten hin ab. Dies geschieht nun bald auf der rechten, bald auf der linken, bald auf beiden Seiten." (l. c. p. 88).

Im 16. Jahrhundert hatte dann Zacchias, und in diesem Jahrhundert Esquirol und hauptsächlich Falret die psychiatrisch und medicinisch-forensisch hohe Bedeutung der Epilepsie klargelegt, indem sie uns die „psychischen Aequivalente“ kennen lehrten, welche sowohl mit den motorischen epileptischen Anfällen alternieren, als auch diese ganz vertreten können.

Seitdem sind die psychischen Störungen der Epileptiker durch die Arbeiten eines Legrand du Saulle, Samt u. a. rasch in immer weiterem Grade bekannt und ihr Gebiet erweitert worden, und es hat sich gezeigt, dass in unendlichen Variationen bald das eine, bald das andere Symptom, das man früher als für Epilepsie charakteristisch und notwendig ansah, vollkommen in Wegfall kommen kann.

Es ist daher wohl angezeigt, Fälle, welche sich in charakteristischer Weise von den bisher publizierten unterscheiden, zu veröffentlichen.

Verfasser gestattet sich daher im Folgenden einen Fall zu schildern, der im Gegensatz zu der Behauptung Nothnagels (Ziemssen's Hdbch. XII, 2. S. 239), dass die völlig atypische Wiederkehr für die epileptischen Anfälle Regel sei, von Anfang an einen annuären Typus zeigte und dessen Verlauf für die prognostische Beurteilung der Epilepsie von besonderem Interesse ist.

Zunächst sei die Krankengeschichte vorgeführt:

Schw. J. A., 23 J., lediger Schneidergeselle aus E., aufgenommen am 30. VII. 1881.

Patient ist spurius und Epileptiker und geriet als solcher mit dem Strafgesetze in Konflikt, indem er am 5. I. 1881 nach abusus alkohol. einen Totschlagversuch beging. Da sich dieser als in transitorischer Störung begangen herausstellte, wurde die Untersuchung eingestellt und Patient als gemeingefährlich der Erlanger Anstalt übergeben.

Das für die Richter damals massgebende Gutachten des Gerichtsarztes, sowie das Obergutachten des kgl. Medicinalcomites der Universität Erlangen ist bereits in Friedreichs Blättern für gerichtliche Medicin (55. Jahrgang S. 127 flgd.) veröffentlicht und mag dort des näheren eingesehen werden. Das für uns Wesentliche davon sei hier wiedergegeben:

Am 3. Januar 1881 war S. nach Aussage seines Hausherrn in sehr erhitztem Zustande nach Hause gekommen, was er damit erklärte, viel gearbeitet zu haben. Er lag dann den ganzen 4. I. über im Bett, as und trank nichts und klagte über Brustbeschwerden.

Am 5. morgens 6 Uhr ging er zur Arbeit und trank von 9—11 Uhr circa 2—2½ Schoppen Schnaps und ein Glas Bier. Um 11 Uhr hatte sich die Trunkenheit bei ihm schon so gesteigert, dass er von seinem Arbeitgeber fortgeschickt wurde und hin und herschwankend ins Wirtshaus zurückkehrte. Hier fällt er im Zimmer um und wird dann in seine im Hause befindliche Wohnung gebracht. Von 11 bis 3 Uhr lag er nun zu Bett und versuchte der Wirt um 1 Uhr vergeblich, ihn aus dem Schlaf zu wecken. Um 3 Uhr kommt er selbst von seiner Wohnung in die Wirtsstube herab. Auf die ihm vom Wirt wegen seiner Trunkenheit gemachten Vor-

würfe antwortet er nicht, guckt ganz eigentümlich und verlässt das Haus ganz verstört aussehend.

Von hier nun muss er der Zeit nach sofort in die Wohnung der Zimmergesellensfrau St. gegangen sein. Er tritt bei ihr ruhig ein, ohne dass die St. Trunkenheit bei ihm bemerkt, geht zunächst an das Bett des Kindes, setzt sich, ruhig über seine Person und die letzten Vorkommnisse des Tages plaudernd, an das Bett des Kindes, um dann plötzlich nach einer Pause, in welcher er still gewesen war, mit einem grossen Tranchiermesser einen so energischen Angriff auf das Leben der St. zu machen, dass er ihr ungefähr 20 Wunden beibrachte. Nachdem ihm die Verletzte entkommen, legt er das Messer mit der Umhüllung auf die im Zimmer befindliche Komode, wirft eine Blumenvase auf den Boden und entläuft. Verfolgt, sucht er in einem benachbarten Garten durch die Hecke zu entschlüpfen. Als ihm dies nicht gelingt, setzt er sich an der Stelle mit den Worten „ach Gott“ nieder und lässt sich ohne Widerstand, zur Behandlung von Schnittwunden, die er sich mit seinem Messer an der rechten Hand beigebracht hat, in's Krankenhaus abführen.

Bei der Aufnahme ins Spital geriet S. in ein ängstliches Aufregungsstadium. Unter Pusten und Schnauben, dazwischen kläglich winselnd, stürzte er hastigen Schrittes mit etwas vorgebeugtem Oberkörper zur Thüre hinein. Auf die Frage nach seinem Namen blies er dem Arzt wie eine Katze ins Gesicht und stiess mehrere unartikulierte Laute aus. In's Zimmer gebracht ging er an den Ofen und stiess, obgleich er denselben kaum berührte, laute Schmerzensrufe aus und versuchte dann mit beiden Händen

den Ofen zu zertrümmern. Mit Gewalt in das Krankenzimmer gebracht, da er sich hartnäckig weigerte, legte er sich ausgestreckt auf den Boden. Seine Kleider liess er sich willig ausziehen; als der Wärter ihm die Stiefel nicht ausziehen konnte, legte er lächelnd den Zeigefinger an die Stirn und zog sie selbst aus. Während dieser Zeit sprach er kein Wort, die gereichte Nahrung nahm er, Wasser trank er hastig und gab durch Zeichen zu verstehen, dass man ihm die Finger abschneidan solle. Dann schlief er ruhig $1^1/_2$ Stunden. Nach dem Erwachen verlangte er durch Geberden Tafel und Kreide, zeichnete eine Uhr und als man ihm sagte, dass es $5^1/_2$ Uhr sei, weinte er und forderte schriftlich, dass man seine Braut holen sollte, deren Aufenthaltsort er beschrieb. Als der Wärter etwas auf die Tafel schrieb und dabei einige Schreibfehler unterliefen, deutete er wieder an seine Stirn, schüttelte mit dem Kopfe und korrigierte die Fehler. Wie der Wärter ein Gefäss mit Eiswasser brachte, griff er mit der Hand hinein und begann dann plötzlich mit den Worten: Ei, das ist ja kalt etc. zu sprechen. Auf die Frage, ob er wisse, wo er sei, antwortete er ja, aber nicht wie er hiehergekommen sei. Weiter gefragt, was Nachmittags vorgefallen, sagte er, dass er früh 8 Uhr gefrühstückt und einen Schoppen Branntwein getrunken; von dieser Zeit an könne er sich an nichts mehr erinnern. Am andern Morgen erzählte er gesprächsweise, dass es ihm geträumt hätte, dass er eine Frau gestochen habe, es sei aber nicht schlimm gewesen, sie sei nur leicht geritzt.

Die Nacht schlief er ruhig und zeigte sich während seines weiteren Spitalaufenthaltes an dem Patienten

nichts Auffälliges mehr; auch im Landgerichtsgefängniss gab er während seines Aufenthaltes zu keiner Klage Anlass.

Das ärztliche Gutachten wies nun zunächst nach, dass S. an Epilepsie und epileptischem Irresein litt, welche Diagnose durch die Anamnese und den unten wiederzugebenden weiteren Krankheitsverlauf vollauf gestützt wird. Für die Annahme, dass Patient am Tage der That sich in einem Zustand epileptischen Irreseins befand, werden angeführt: Die somatischen Störungen vom Abend des 3. I. bis zum vierstündigen unerweckbaren Schlafe am 5. I. mittags. Die starke psychische Veränderung, welche S. nach seinem Erwachen, direkt vor der That zur Schau trug, dann sein excessiver Schnapsgenuss, die vollkommene Motivlosigkeit der That, die sinnlose Zerstörungswut in dem Zertrümmern der Vase unmittelbar nach dem entsetzlichen Vorfall. Dann der Wiederspruch, in welchem die That, die vermöge ihrer Brutalität und Rohheit auf einen besonders gewaltthätigen Character und Verrohung des Gemütes schliessen liess, zu seinem ganzen Character stand, welcher von allen Zeugen als der eines friedfertigen, gefälligen und nüchternen Menschen bezeichnet wurde; endlich sein Verhalten nach der That: die unverkennbare ängstliche Erregung, der Mutismus etc.

Betreffs des Verhaltens im Spital wurde ferner mit aller Entschiedenheit durch beide Gutachten der Verdacht der Simulation, die vom Assistenzarzte mit grösster Bestimmtheit angenommen worden war, zurückgewiesen.

Als „Mania transitoria epileptischer Natur“ bezeichnet das Obergutachten den krankhaften Geistes-

zustand des S., dessen Ausfluss die That war. Es ist wohl richtiger, die Bezeichnung „Mania“ nicht mehr beizubehalten für diejenigen transitorischen Störungen, welche die Folgen einer epileptischen Erkrankung des Cerebrum sind, und welche, gleichwie die vielgestaltigen sonstigen Aequivalente der Epilepsie als einem motorischen Insulte gleichwertig geachtet werden müssen. Denn es handelt sich hier um heftige Angstzustände mit Delirien grosser Gefahr, unter die sich nur vorübergehend Grössendelirien mischen können; auch von einem beschleunigten und abnorm erleichterten Ablaufe der psychischen Acte kann nicht die Rede sein, und die tobsuchtartigen Paroxysmen des Deliranten entspringen keinen expansiven Affecten, sondern wurzeln als impulsive Reaction gegen die feindlich appercipierte Umgebung in den ängstlichen Delirien, ein Symptomenkomplex, welcher in den Rahmen der als „Mania“ bezeichneten Krankheitsbilder nicht past.

Hätte auch die Anamnese bei S. keine direct eleptischen Antecedentien ergeben, so war es gleichwohl nicht schwer den Anfall als psychisch epileptisches Aequivalent zu diagnosticieren.

P. Samt (Archiv f. Psych. V. S. 393 flgd.) hat in Erweiterung der Falretschen Beobachtungen unter der Bezeichnung: psychisches Aequivalent ein klinisches Bild fixirt, für das unser Fall als classisches Beispiel angeführt zu werden verdient.

Das Ensemble der Erscheinungen sei kurz rekapituliert: der Anfall wird eingeleitet durch vage Incubationserscheinungen der vorangehenden Tage, dann kommt ein acuter Ausbruch des Paroxysmus, der durch die impulsiven Akte grenzenloser, blinder

Zerstörungswut als epileptischer characterisiert ist, und dem höchstens ein kurzes Delirium vorausgeht (die Zeit von seinem Erwachen um 3 Uhr bis zur Gewaltthat selbst), endlich folgt, nach Samt als sehr charakteristisch ein postparoxysmelles Angststatium bei relativ erhaltener Lucidität (Correctur der Schreibfehler des Wärters, sinnreiche Beschreibung des Aufenthaltes seiner Geliebten). Der Anfall klingt dann allmählich aus und nachdem auch der Mutismus, welcher jedenfalls durch das Delir begründet ist, gehoben, zeigt sich ein Erinnerungsdefect für die ganze Zeit von früh 9 Uhr bis zum Abend. Doch ist die Amnesie keine absolute, indem Pat. am andern Morgen erzählt, es habe ihm geträumt, dass er eine Frau gestochen habe.

Auf einen Punkt endlich mag noch näher eingegangen werden, nämlich auf den abusus alkohol. vor der inkriminirten That. Es ist bekannt, dass der Alkohol als agent provocateur bei der Entstehung von Psychosen vielfach eine ursächliche Rolle spielt, dass er ferner nicht selten die Bedeutung einer Gelegenheitsursache hat bei einem bereits prädisponiertem Gehirn, (hereditäre Belastung, funktionelle Krankheiten in Folge von Ausschweifungen, erschöpfenden Krankheiten, Schädeltraumen, Neurasthenie, Hysterie, ganz besonders aber bei Epilepsie). —

Ferner bildet sich gerade bei Epileptikern meistens eine bedeutende Intoleranz gegen Alkoholgenuss*) aus, welche um so unheilvoller ist, als viel-

*) Und zwar sind hier zu unterscheiden:

fach gerade in der kritischen Zeit des Herrannahens eines Anfalls sich ein gesteigerter Trieb zum Alkoholgenuss geltend macht. So hören wir auch von unserem Pat., dass derselbe, wie alle Zeugen bekunden, gewöhnlich einen durchaus nüchternen Lebenswandel führte, dagegen zu Zeiten, in denen er auch durch sonstige Aenderungen seines Charakters auffiel, in excessiver Weise dem Schnapstrinken ergeben war. Auch am Tage der That waren, wie wir gesehen, bereits vorausgehende Veränderungen und somatische Störungen bei dem Patient bemerkt worden, so dass der Alkoholexess teils durch letztere, teils durch einen krankhaft gesteigerten Trieb als Symptom des Anfalls zu erklären war. Jedenfalls war er ein nicht unbedeutender Faktor für den Verlauf der Geistesstörung, indem er dazu beitrug, dass sich der Paroxismus in so überaus heftiger Weise äusserte. Die

---

a) Epileptiker, welche bereits durch geringe Quantitäten Alkohol trunken werden;

b) solche, welche durch grosse Quantitäten nicht trunken werden, aber trotzdem in einen Zustand krankhafter Zornmütigkeit und in wirklich epileptische, psychische und konvulsive Anfälle verfallen.

Vida Lombroso, Fall Misdea, p. 76.

„Tutte le testimonianze provano infatti che l'uso di alcoolici non provocava in lui (Misdea) ubbriachezza, ma sì la recidiva degli accessi ora convulsivi, ora psychici".

Im Fall Radice (Trattato Clinico dell' epilessia di Luigi Roncoroni) hören wir von dem kritischen Tage sogar:

Un giorno dopo aver bevuto del vino bianco d'Ischia (mentre il giorno prima l'aveva rifiutato, sentendo ripugnanza per esso), diventa triste, rientra in quartiere dondolando, benchè non fosse ubbriaco",

Verhütung solcher Excesse ist daher ein wichtiges Moment, durch das die Anstaltsbehandlung den Verlauf des eliptischen Irreseins günstig beeinflusst.

Die Entscheidung, ob Alkoholismus mit Alkohol-Epilepsie oder Epilepsie mit Alkoholismus vorliegt, ist wichtig wegen der verschiedenen Prognose, da im ersteren Falle eine völlige Wiederherstellung zu erhoffen ist, im letzteren nur eine baldige Beendigung des Einzelanfalls, nach welchem jedoch die dauernde epileptische Hirnveränderung bestehen bleibt.

Wenden wir uns nun zu dem weiteren Verlaufe der Krankheit des Sch., indem wir die Hauptergebnisse des Krankenjournals wiedergeben:

Patient ist klein, von zartem Knochenbau, schwacher Muskulatur, wenig Fett und auffallend bleichem, anämischen Aussehen.

Die physikalische Untersuchung sämtlicher Organe ist völlig negativ.

Anamnestisch erfährt man, dass er einen unzweifelhaften epilept. motorischen Insult im Sommer 80 erlitten, dass ferner öfters Anfälle von Bewusstlosigkeit, absence's, bei ihm beobachtet wurden, endlich dass er von Zeit zu Zeit (angeblich gegen die Vollmondszeit) an psychischen petit-mal-Zuständen litt.

Zwei Fälle werden von seinem früheren Lehrherrn besonders angeführt, wo er mitten in der Nacht das Bett verliess, widersinniges Zeug redete und unvernünftige Handlungen beging. Seine zeitweilige vollständige Characteränderung wurde, wie oben erwähnt, ebenfalls von seiner Umgebung als sehr auffällig bemerkt.

In den ersten 5 Monaten seines Aufenthaltes in der Anstalt benahm sich Patient zunächst ruhig und geordnet, und war er körperlich stets wohl. Doch zeigt er sich bald gegen seine Umgebung leicht reizbar, fährt die andern Kranken oft rücksichtsloser Weise an, auch hat er alle Augenblicke sich über etwas anderes zu beklagen. Während er sich sonst ruhig verhält, fleissig bei der Arbeit ist, sich gern für sich hält und viel liest, wird er zeitweilig gegen die andern Kranken rasch grob und hitzig, zeigt auch Neigung zum Komplottieren (eine recht charakteristische epileptische Eigenschaft),*) steckt mit unzufriedenen Elementen zusammen.

Ist ihm etwas nicht recht, so schimpft er gleich in einer Weise, welche die anderen Kranken aufregt, besonders gegen den Wärter tritt er immer gleich barsch auf. Gegen Ende Dezember zeigt sich wieder solche erhöhte Neigung zum Kritteln und zu brutalen Beschwerden. An einen Onkel in Augsburg, der bei dem dortigen Bischof Kammerdiener ist, schreibt er einen recht de- und wemütigen Neujahrsbrief voll von religiösen Phrasen und Bitten um Verzeihung. In den ersten Tagen des Januar

---

*) Legrand du Saulle, Etude Médico Légale sur les Epileptiques p. 76.

„Dans l'intérieur d'un établissement spezial on peut faire cette remarque, que les épileptiques s'attirent, et que les aliénés se repoussent. En s'attirent les épileptiques complotent entre eux, font des projets d'évasion, récriminent avec aigreur contre le médecin, le surveillant, ou l'infirmier, et à l'époque où ils n'étaient soumis à aucun traitement efficace, la cabale pouvait aboutir à une explosion subite de violences, à un guet-apens et à un assassinat."

hat Patient immer Angst, es möchten wieder Anfälle auftreten, da im vorigen Jahre um diese Zeit der Anfall eingetreten. Am 3. I. erscheint er wie benommen, im Laufe des Vormittags erleidet er mehrere Anfälle. Patient geht auf den nächsten besten Wärter oder Kranken los, drosselt denselben. Patitent erbricht auch, dabei besteht vollständige Verwirrtheit. Er wird isoliert; abends ist er etwas klarer, doch sehr gereizt, hat nichts gegessen. Am 4. I. wieder gut, auf seine Abteilung zurückversetzt. Patient weiss sich nichts zu erinnern, und es ist ihm leid, dass er den Wärter angepackt, mit dem er doch so gut stehe. Abends bedankt er sich, dass man ihn durch Isolierung gehindert habe, grösseren Schaden anzurichten.

In den folgenden Tagen bis etwa zum 8. I. fühlt er sich noch müde und angegriffen. Am 11. I. soll er nachts aufgeschrieen, sein Bett herumgeworfen haben. (Anfall?)

Seidem wieder wie früher, ruhig, beschäftigt sich viel mit Lectüre, scheint immer noch etwas deprimirt, dass die Anfälle sich wiederholt haben.

Bis Ende Januar klagt er noch über Mattigkeit und Mangel an Appetit, sonst ist er wohl, geht regelmässig zur Arbeit. Anfangs Februar fühlt er sich selbst ganz wohl, hat wieder besten Appetit, zeigt auch wieder gute Stimmung.

Im März ebenfalls fortwährend geordnetes Verhalten. Seine obenerwähnte Charactereigentümlichkeit, rechthaberisches Wesen, Neigung, andere zu verklagen etc. treten immer von Zeit zu Zeit wieder in den Vordergrund.

Am 10. V. klagt Patient über Schmerzen beim Atmen in der linken Seite, geht deshalb nicht zur Arbeit. Die Schmerzen bestehen aber nicht immer, besonders nur wenn er tief einatmet. Es handelt sich wohl um eine Interrostalneuralgie (sensibles Aequivalent. (?)) Seine Klagen bringt er nun die folgenden Tage immer vor, beklagt sich, dass man nichts gegen die Schmerzen thue, macht eine grosse Wichtigkeit daraus. Wegen derselben Schmerzen will er früher schon lange erfolglos im Spital gewesen sein. Am 18. V. klagt Patient über ascendierende Hitze und kommt der Schmerz auf der Brust immer anfallsweise. Diese Tage macht er einen mehr erregten Eindruck; auch benimmt er sich patzig, prätentiös. Am 19. V. wieder besser.

Gegen Mitte Juni wird er wieder gereitzter, schreibt an seine Koncubine, dass er dieses Jahr noch im Narrenhause unter Narren zubringen müsse, drängt aber immer fort u. dgl. Um diese Zeit drückt sich Patient von der Arbeit fort, sagt am 15. VI. er habe die Gicht und arbeite überhaupt nicht mehr im Holzhofe. Patient ist überhaupt geradezu ungezogen, ist alle Tage gereizter, dankt nicht, wenn man ihn grüsst. Drückt sich von der Arbeit weg, trinkt sein Bier aber ruhig weiter.

Am 18. VI. schlägt er dem Wärter G., als derselbe die Hand am Thürpfosten hatte, die Thür plötzlich zu, dass dieser kaum die Finger herausbringen konnte. Er konspirirt wieder mit den unzufriedensten Elementen, hetzt andere Kranke auf, ist brutal, drückt sich herum, um einen nicht grüssen und danken zu müssen, giebt spöttische Antworten, ist brummig, arrogant etc. Als er Ende des Monats

wegen seines Komplottierens auf eine andere Abteilung versetzt wurde, spielt er zur Abwechslung wieder den Demütigen, sagt, er sehe ein, dass er Strafe verdiene. Anfangs Juli fühlt er sich auf der neuen Abteilung ganz wohl und freut sich „dass er aus der Hetzerei draussen sei.“ (!)

Bis Mitte Oktober bietet Patient das obengeschilderte Bild.

Am 19. Oktober ist Patient wieder sehr händelsüchtig, reizbar, packt andere Kranke an, droht mit Zuschlagen.

Am 20. X. kommt heraus, dass er seit 3 Tagen eigentümliche Anfälle hat:

Erst überkommt ihn ein Angstgefühl (Aura), dann folgt Erbrechen, dann Schläfrigkeit und Benommenheit.

Am 12. X. ist er wieder frischer, hat keine ähnlichen Anfälle mehr. In der Nacht vom 21.—22. X. zeigt Patient wieder ein eigentümliches Verhalten. Er spricht laut vor sich hin, singt dann, ist nicht zu erwecken, dann springt er auf, erbricht und ist damit erwacht.

Am 22. X. früh klagt er noch über schweren Kopf. 23. X. bekam er im Garten wieder plötzlich das Gefühl der Beängstigung, doch kam es nicht zum Erbrechen.

Später kam nichts mehr vor. Patient ging wie sonst zur Arbeit. Die Stimmung wurde wieder eine gute; körperlich war er wohl.

Ende November und Anfang Dezember kamen wieder Klagen, dass Patient an anderen Kranken herumkommandiere, sich herrisch und rechthaberisch benehme. Nachts wirft er nach dem Wärter mit

Socken und Schuhen, behauptet, derselbe schmarche. Gegen ihn benimmt er sich besonders barsch, rühmt sich, schon mehr wie einen Wärter weggebracht zu haben etc.

Ende Dezember erscheint er in mehr deprimierter Stimmung, es gefällt ihm nichts. Am 28. XII. schlief Patient unter Tags viel, erschien wie benommen. Er klagt auch über Schmerz auf der Brust. 29. XII. früh erscheint Patient mehr stumpf, scheint nicht recht zu wissen, was er thut. Den 30. XII. ist er wieder besser, heiterer, doch sagt er, es sei ihm so voll auf der Brust, als ob alles herausspringen müsste. Sonst ist in seinem Benehmen nichts besonderes mehr wahrzunuhmen.

Bis zum 13. I. bleibt Patient ruhig.

Von diesem Tage an scheint er ein anderer geworden zu sein. Er ist höchst reizbar, schimpft über die Anstalt.

Am 15. I. beschimpft er die Wärter ohne jede Veranlassung auf's gröblichste, Schufte, Spitzbuben, denen es die grossen Spitzbuben (Aerzte) anlernen. Die anderen Kranken hetzt er gegen die Ordnung auf, macht es so arg, dass sich andere Kranke darüber beschweren.

Am 16. I. tritt er dem Arzte erregt entgegen, klagt dann, er habe so ein Brummen im Kopfe.

Vormittags als er mit dem Kopf auf den Tisch gestützt dasass, sprang er plötzlich auf, stürmte über den Tisch weg mit dem Kopfe gerade auf's Fenster zu, das er durchstiess. Dann sank er nach rückwärts, fiel auf den Boden und lag soporös da. Durch die Glieder ging fortwährend ein Zittern, die Augenlider zuckten krampfhaft. In diesem Zustand wurde

Patient in die Zelle getragen. Nach einer Stunde etwa erwachte er und sagte, es sei ihm in den letzten Tagen so eigen im Kopfe, als ob etwas darin sässe, was ihn zum Schimpfen nötige; es sei ihm jetzt, als ob alles ein Traum gewesen wäre. Er wisse zwar alles, dass er zur Arbeit gegangen etc., doch komme es ihm so traumhaft vor.

Abends sieht Patient ganz verstört aus, klagt über eingenommenen Kopf und Kopfschmerzen. Am 17. I. sind letztere verschwunden, doch giebt er an, nachts nicht geschlafen zu haben.

Am 18. I. hat er immer noch einen eingenommenen Kopf. Auch am 19. I. sagt er, es sei noch etwas zurück, der Kopf sei so eingenommen, es sei ihm alles so gleichgültig. Patient erhält Ol. Ricin. mit Erfolg. Am 20. I. fühlt er sich wohler, hat gut geschlafen, wird auf seine Abteilung zurückversetzt, geht vom 22. I. an wieder zur Arbeit und ist seitdem wieder wohl und munter.

Auch den Februar über benimmt er sich ordentlich, ist gelegentlich aber doch reizbar, ohrfeigt nachts einen anderen Patienten wegen Schnarchens. Manchmal klagt er über einen fixen Schmerz im linken Knie, der besonders nachts auftreten soll; objectiv ist dort nichts wahrzunehmen.

Mitte März drängt er wieder mehr auf Entlassung; als er anfangs April erfährt, dass er noch bis Ende September (laut Regierungsbeschluss) in der Anstalt zu verbleiben hat, wird er erst sehr missmutig, fügt sich dann aber darein, bittet nur, man möge ihm den Aufenthalt möglichst angenehm machen. In der Folge ist er fleissig und ruhig.

Im Mai wurde er wegen seiner Augen (Akkom-

modationskrampf) in die Augenklinik geführt, doch wollte er keine regelmässige Behandlung an sich vornehmen lassen, meint, mit einer Brille sei alles gut. Längere Zeit wurden Atropineinträufelungen vorgenommen.

Gelegentlich ist Patient wieder unzufriedener, besonders mit dem Essen, auch kommt er immer wieder mit dem Verlangen nach mehr Bier.

Bis Oktober im allgemeinen keine Aenderung. Mitte Oktober wird er versetzt, da er einer Wärterin in's Strohhaus nachging und ihr Zumutungen machte, sie auch, scheint es, insultierte. Im Oktober einige Tage ärgerlich und gereizt, nachdem ihm mitgeteilt wurde, dass er laut Beschluss des Armenpflegschaftsrates der Stadt E. bis zum Ablauf der kritischen Zeit, d. i. bis Ende Januar 84, in der Anstalt zu verbleiben hat.

Auch im November ist er für seine eigene Person ungemein empfindlich, dagegen schonungs- und rücksichtslos gegen die Gebrechen anderer Kranken und ist mit Beschwerden über die geringfügigsten Störungen gleich bei der Hand, wobei er es mit der Wahrheit nicht sehr genau nimmt.

Am 5. und 6. Dezember ist er verstimmt und schweigsam, spricht sich über sein Verhalten nicht aus. Dabei im Gesicht auffallend bleich. Die Möglichkeit eines leichten Anfalls (vertigo epilept.) während der kritischen Zeit ist nicht abzuweisen, doch versichert das Pflegepersonal, nichts derartiges bemerkt zu haben.

Vom 7. XII. an ist Patient wieder in normaler Stimmung, geht täglich auf die Arbeit mit. Seine Verstimmung am 5. und 6. erklärt er hinterher als

„eine Anwandlung“, über deren Ursprung er nichts wisse.

Am 16.—18. XII. ärgerlich und gereizt über einen anderen Epileptiker wegen dessen nächtlichen Ruhestörungen, beruhigt er sich, nachdem Wandel geschaffen wurde und bleibt er auch den ganzen Januar über psychisch normal, ohne dass irgend ein auf Epilepsie verdächtiges Symptom beobachtet wurde.

Nach glücklich überstandener Probezeit betreibt er energisch seiner Entlassung, die am 27. II. im Einverständnis mit seiner Heimatsbehörde vollzogen wird.

Bald nach seiner Entlassung wurde Sch. auf dem Bahnhof zu M. abgefasst, als er, aller Mittel entblösst, eine Reisetasche entwenden wollte. Er wurde verurteilt, sass seine Strafe ab, und gelang es ihm später, sich als Schneider in F. niederzulassen. Dort heiratete er und blieb 11 Jahre lang von groben Insulten frei.

Am 13. Dezember 94 nun stellte sich Patient wieder freiwillig der Anstalt, da er befürchte, wieder Anfälle zu bekommen. Er werde nämlich wieder von unerklärlicher Angst und Beklemmung befallen und habe das Gefühl, wie wenn er sich selbst oder anderen etwas anthun müsse. Als er am letzten Abend noch im Wirtshaus war, setzte sich, wie er anderen Tags erzählte, ein ihm Unbekannter gegenüber, wobei Patient das Gefühl nicht loswerden konnte, jener habe etwas Schlimmes mit ihm vor, und er hatte Mühe, den Trieb zu unterdrücken, gegen jenen thätlich vorzugehen. (Nach Angabe seiner Frau hatte er einen Revolver bei sich; er wurde da-

her von einem Freunde herausgerufen und ihm die Waffe abgenommen.)

Bei seiner Aufnahme am folgenden Morgen ist Patient in ängstlicher Verfassung, im allgemeinen gut orientiert, aber doch leicht benommen. Er zeigt sich äusserlich ruhig, klagt, dass er seit einigen Tagen von unbestimmter Angst gequält werde; er fürchte, es geschehe ihm oder seinen Angehörigen etwas und habe er den dumpfen Trieb, sich oder anderen etwas anzuthun. Er erzählt den Vorfall vom letzten Abend und giebt an, dass er auch gegen Frau und Kinder nur mühsam schlimme Gedanken unterdrückt habe. Mit dem Schlaf sei es in der letzten Zeit schlecht bestellt gewesen, überhaupt sei er schon seit einigen Wochen aufgeregter, worauf dann vor einigen Tagen der geschilderte Angstzustand über ihn gekommen. Körperlich bot er nichts Besonderes dar.

Er wurde am 15. XII. noch auf der Wachstation gelassen, schaute sehr ängstlich und zaghaft darein, sagte, er habe das unbestimmte Gefühl, als müsse ihm etwas Schlimmes passieren, auch fühlte er den dumpfen Trieb, andere anzugreifen. Er klagte über eingenommenen Kopf und wirre Gedanken, versuchte sich mit einer Lektüre die Zeit zu vertreiben, doch kam er damit nicht weit, da sich dadurch die Gedanken noch mehr verwirrten. In der Nacht zum 15. hatte er schlecht geschlafen und nahm in den folgenden Nächten Chloral mit Erfolg.

Die psychische Verfassung blieb bis zum 17. XII. unverändert, von da an wurde sie im Laufe eines Tages rasch besser, er wurde guter Laune, geistig

frischer, schaute sich nach Beschäftigung um; liest, kartet, unterhält sich gut mit seiner Umgebung.

Am 30. XII. bekam er, nachdem er schon Nachmittags nach einer Krautspeise Magenbeschwerden gespürt, kardialgische Anfälle, die auf warme Umschläge und Opium bald nachliessen. Psychisch wurde er nicht weiter alteriert und verblieb den Januar über sowie auch fernerhin andauernd ruhig und klar.

Soweit die Krankengeschichte.

Betrachten wir nun den Krankheitsverlauf näher, so beobachten wir den ersten Anfall in der Anstalt genau ein Jahr nach dem Totschlagversuch, der ihn erst dem Gefängnis, dann der Anstalt zugeführt hatte. Nachdem schon mehrere Tage über innere Angst bestanden hatte, bekommt Patient im Laufe eines Tages mehrere Anfälle, Paroxysmen, in denen er gegen den nächsten besten aggressiv wird. Das Sensorium ist dabei sehr benommen. Patient macht den Eindruck vollkommener Verwirrtheit. Motorische Insulte treten ausser mehrmaligem Erbrechen nicht auf. Schon am Abend desselben Tages tritt eine Remission ein, welche bis zum 11. I. andauert, und während deren Patient nur über Müdigkeit und Angegriffensein zu klagen hat. In der Nacht vom 11. I. erleidet Patient nochmals einen Insult, an den sich die psychische und somatische Erholung anschliesst.

Für sein Verhalten am 3. I. besteht sowohl am 4. I. wie auch in der Folgezeit ein völliger Erinnerungsdefect.

Der 2. Paroxismus bietet fast das nämliche Bild wie der eben geschilderte. Vom 17.—20. X. eigentümliche Anfälle: Auf eine psychische Aura (Angstgefühl) folgt Erbrechen, dann Schläfrigkeit und Benommenheit. Ueber diese Anfälle spricht sich Patient

jedoch nicht aus, sondern giebt erst, als die Remission eingetreten, darüber Auskunft, so dass er in der paroxysmellen Periode nur durch die psychische Alteration, die Reizbarkeit, die Händelsucht und die Reizung, aggressiv zu werden, aufgefallen war. Am 21. X. remittieren die Anfälle, um in der Nacht vom 21.—22. X. noch ein letztes mal wiederzukehren. In den folgenden Tagen besteht dann nur noch Eingenommenheit des Kopfes, bis nach wenigen Tagen auch die letzten Beschwerden schwinden.

Ein Jahr nach dem ersten Paroxysmus, den Patient in der Anstalt durchgemacht hat, abermals im Januar, erleidet er den 3. Insult. Derselbe wird bereits drei Tage vorher durch eine völlige psychische Veränderung angemeldet, welche mit dem Patient vor sich geht. Er scheint vom 13. an ein anderer geworden zu sein, lesen wir in der Krankengeschichte. Am 16. I. kommt es dann, nachdem Patient vorher über Brummen im Kopf geklagt, zu einem heftigen Paroxysmus, indem er mit dem Kopfe die Fensterscheibe durchstösst. Während er danach in soporösem Zustande daliegt, kommt es zu den motorischen Störungen eines fortwährenden Zitterns der Glieder und krampfhaften Zuckens der Augenlider. Nach einer Stunde erwacht er ziemlich lucid und während er zur Zeit des Anfalls wiederum keine Auskunft über seine Sensationen und impulsiven Triebe gegeben, erzählt er nunmehr, wie er in den vergangenen Tagen durch unwiderstehlichen inneren Trieb zum Schimpfen genötigt worden. Ueber die Vorgänge der letzten Tage scheint er ziemlich gut orientiert zu sein, doch kommen sie ihm wie im Traum erlebt vor. An den folgenden Tagen bestehen noch

Kopfschmerzen und eingenommener Kopf, bis endlich am 20. I. der Anfall völlig ausgeklungen.

Den ganzen übrigen Teil des Jahres bleibt Patient wieder frei von groben Insulten, am 5. und 6. XII. überkam ihn wahrscheinlich ein vertigo epilept. und da auch der Januar 1894 ohne weitere Störung überstanden war, konnte Patient vorläufig entlassen werden, mit dem Bedeuten, sobald ein neuer Anfall sich anmelden sollte, sich der Obhut der Anstalt wieder anzuvertrauen.

Es folgte nun ein elfjähriges, von gröberen Störungen freies Interwall, und erst Mitte Dezember 94 kommen wieder Vorboten eines neuen Anfalls. Patient stellt sich wieder in der Anstalt ein; und schon war es höchste Zeit, denn am letzten Abend, den Sch. in der Stadt zubringt, gelingt es ihm nur mit Mühe, den Trieb zu unterdrücken, gegen den ihm völlig unbekannten Tischnachbar aggressiv zu werden. Durch seine Aufnahme in die Anstalt jedoch wird der drohende Paroxysmus rasch kupiert. Bis zum 17. XII. ist er zwar noch ängstlich, verwirrt und von dumpfem Triebe, aggressiv zu werden, heimgesucht; von diesem Tage an jedoch erlangt er rasch seine geistige Frische wieder und bleibt dauernd ungestört.

Wir sehen wie das klinische Bild dieser transitorischen Erscheinungen von mal psychique (Falret) in den einzelnen Paroxysmen des Sch. sich wiederholt: Nach 1—3tägigen Prodromalerscheinungen von unbestimmten Angstgefühlen mit der dazu gehörigen körperlichen Empfindung von Oppressionsgefühl auf der Brust wird Patient auffällig durch die bedeutende, ziemlich plötzliche Exacerbation seines epileptischen

Characters, die sich in den beiden ersten Fällen zu impulsiven aggressiven Handlungen steigert, während er beim 3. Anfall auf dem Höhepunkte des Delirs in blinder Wut durch das Fenster fährt.

Die sich anschliessenden motorischen Störungen sind stets sehr geringfügiger Natur, in den beiden ersten Anfällen Erbrechen, im 3. ein fragmentarischer Krampfanfall als andauerndes Zittern der Glieder. Bei dem Abortivanfall vom Jahre 94 kommt es überhaupt nicht zu einem motorischen Insult.

Das postparoxysmelle Stadium ist sodann durch Benommenheit und Schläfrigkeit bis zu Sopor characterisiert. Im 3. Anfall vermittelt ein einstündiger Schlaf den Uebergang zur Lucidität.

Wichtig, weil für die epileptischen Irreseinsformen characteristisch, sind die Remissionen in den beiden ersten Fällen, wo nach 8, resp. 2 psychisch ziemlich freien Tagen Nachts noch je ein Anfall auftritt. Dass diese nicht als Intermissionen aufzufassen sind, sondern der ganze psychopatische Symptomenkomplex als zu einem Anfall gehörig betrachtet werden muss, ergiebt sich in unserem Falle besonders auffällig aus den langen Intervallen zwischen den Anfällen.

Diese intervalläre Zeit ist frei von gröberen psychischen Insulten, völlig frei auch von jeglichen motorischen Störungen. Denn im Laufe der mehrjährigen ununterbrochenen Anstaltsbeobachtung wäre sicher eine etwa bestehende Epilepsia nocturea, die ja ausserhalb der Anstalt sehr oft, vielleicht meistens übersehen wird, aufgedeckt worden. Auffallend bleib der Patient während der intervallären Periode durch

seinen habituellen Gemütszustand, durch den ausgeprägt epileptischen Character. Während er eine Zeit lang ruhig, ordentlich fleissig und verträglich bleibt, schlägt von Zeit zu Zeit seine Haltung um, er wird reizbar, jähzornig, ungezogen, prätenziös händelsüchtig, roh und drückt sich von der Arbeit weg. Dazwischen rückt an die Stelle gereizter Feindseligkeit gegen seine Umgebung, unvermittelt, eine Zeit, in der er schweigsam bleibt, sich nur für sich hält; oder aber er spielt zur Abwechslung den Demütigen, schreibt salbungsvolle Briefe voll religiöser Phrasen etc. etc. — ein Characterbild, wie es bereits Falret als für die epileptische Degeneration characteristisch beschrieben hat.

Was endlich bei unserem Patienten die Erinnerungsdefecte anbelangt, auf welche in früherer Zeit ein Hauptgewicht gelegt wurde, und welche auch jetzt noch in forensischen Fällen von hoher Bedeutung sind, so finden wir das erstemal völligen Defect, beim 2. Fall ist die Erinnerung für die kritische Zeit ziemlich gut, beim 3. eine traumhafte; eine Verschiedenheit des Verhaltens, der wir auch sonst bei ein und demselben Epileptiker öfters begegnen, und die den Standpunkt der älteren Autoren, welche nachweisbare, völlige Amnesie als Postulat für jeden echten epileptischen Anfall ansahen, widerlegt.

Klinisches Interesse bietet unser Fall vor allem durch die lange Dauer der Intervalle, welche zwischen den einzelnen groben Insulten liegen. Wenn auch das Bild des morosen „epileptischen“ Characters, das uns auch in der anfallsfreien Zeit erkennen lässt, dass die epileptische Hirnveränderung des Patienten eine dauernde ist, durch zeit-

weilige Exacerbationen ausgezeichnet ist, welche manchmal sogar (so z. B. Mitte Juni 82) den Grad einer psychischen Aura erreichen können, so haben wie doch zwischen den grossen Paroxysmen Intervalle von 10—12 Monaten, ja während eines Zeitraumes von 11 Jahren sogar vermag Patient sich ausserhalb der Anstalt zu halten, bis sich wieder ein neuer Anfall anmeldet.

Es sind solche grosse Intervalle, wenn auch nicht ohne Analogon in der Litteratur, doch als seltene zu bezeichnen, und ist, da, wie oben angeführt wurde, Nothnagel die völlig atypische Wiederkehr für epileptische Anfälle als Regel aufstellt, als interessant hervorzuheben, dass die Anfälle des Sch. von Anfang an einen annuaeren Typus hatten, und speciell im Januar aufgetreten sind. Solche lange Intervalle sind nicht nur überhaupt prognostisch günstig, da ja die Prognose, wie auch der ganze Verlauf der Epilepsie sich um so schlimmer stellt, je gehäufter die Anfälle auftreten, sondern sie ermöglichen es auch, den Kranken seinem Berufe, seiner Familie wiederzugeben, natürlich mit den Kautelen, dass man dafür sorgt, den Patienten, sobald sich das Herrannahen eines Anfalles bemerklich macht, rechtzeitig in die Anstalt zurückzubekommen.

Welch' günstigen Erfolg man auf diese Weise erzielen kann, lehrt der Abortivanfall vom 13. II 94, der bei Belassung des Patienten ausserhalb der Anstalt sicher für den Kranken selbst, wie für dessen Umgebung sehr unheilvoll hätte ausfallen können, während er durch die Aufnahme in die Anstalt rasch koupiert wurde.

Betreffs der Therapie, soweit eine solche in An-

wendung kam, lässt sich nur so viel sagen, dass man zwar vielfach durch Chloral den Schlaf herbeiführen, durch Brom die Kopfschmerzen, ev. auch die konvulsiven Anfälle koupieren kann, dass wir jedoch gegen die Wiederkehr der psychischen epileptischen Störungen im Arzneischatze noch durchaus kein Mittel besitzen.*) Der günstige Einfluss des Anstaltslebens jedoch, das von dem Kranken psychische Aufregungen fernhält, und ihn bei regelmässiger Beschäftigung vor allen erschöpfenden Einwirkungen, vor allem aber vor Excessen in potu bewahrt, ist sehr hoch anzuschlagen und hat auch unseren Patienten seinem Berufe, seiner Familie erhalten.

In forensischer Beziehung sei, da die That vom Januar 81 bereits von dieser Seite gebührend gewürdigt worden ist, nur noch auf die strafbare Handlung zurückgegriffen, die sich Patient bald nach Entlassung aus der Anstalt im Frühjahr 84 durch die Entwendung der Reisetasche zu schulden kommen liess. Es ist leicht einzusehen, dass dasselbe Individuum, gegen welches 3 Jahre vorher, als es mit dem Strafgesetz in Konflikt kam, das Verfahren eingestellt wurde wegen Unzurechnungsfähigkeit bei Begehung der That und welches als nicht dauernd geheilt aus der Irrenanstalt kam, bei dem neuen Konflikt doch als vollkommen zurechnungsfähig angesprochen werden musste; denn obwohl gerade im habituellen epileptischen Status triebartige Stehlsucht sehr häufig (Schüle, Ziemssen's Hdbch. XVI.

*) In der K.-J.-A. E. befindet sich ein epileptischer Pflegling, bei dem durch Brombehandlung seit 1875 die konvulsiven Anfälle vollständig koupiert sind, während der epileptische Charakter bei ihm fortdauert.

S. 408) beobachtet wird, lag doch kein Grund vor, den in Folge grosser Not begangenen Diebstahl auf pathologische Ursachen zurückzuführen.

Doch wird jedenfalls, da ja die Epilepsie im Laufe der Jahre zu einer sittlichen Degeneration (Morel) des Charakters, zur Abstumpfung, ja bis zur Ertötung der moralischen Gefühle führt, und auch unser Patient, wie wir gesehen haben, durch sein organisches Leiden der typisch epileptischen Depravation verfallen ist, die Strafbarkeit seiner Handlung in bedeutendem Grade verringert. Der Richter musste daher diesem Zustande durch Zuerkennung mildernder Umstände gerecht werden.

In wie weit freilich in solchen Fällen den Kranken die volle Verantwortung für seine That trifft, in wiefern er überhaupt für die Veränderung, welche mit seinem ganzen Character vor sich geht, da sie ja ein Symptom seiner Grundkrankheit darstellt, verantwortlich zu machen ist, das ist besonders beim Epileptiker für die Exacerbationen seiner Morosität eine auch im Einzelfalle schwer zu entscheidende Frage, welche jedenfalls durch das Gesetzbuch, das nur Geistesstörungen in Betracht zieht, welche die freie Willensbestimmung völlig ausschliessen, ihre Lösung nicht findet.

Anschliessend an diesen Fall sei ein anderer epileptischer Pflegling der K.-J.-A. E. angeführt, bei welchem ebenfalls erst ein Jahr nach dem ersten der zweite psychische epileptische Anfall auftrat, und seit dieser Zeit, seit $2^1/_2$ Jahren, kein grober psychischer Insult mehr zur Beobachtung kam, während der morose Character mit seinen charakteristischen Exacerbationen fortbesteht.

Aus seiner Krankengeschichte ist Folgendes wiederzugeben:

Schm. K. aufgenommen d. 30. XI. 91, 47jähriger, verheiratheter Maurer von O.

Anamnese: Vater und Schwester des Patienten gestört. Patient soll bis vor wenigen Tagen immer gesund gewesen sein, lebte solid und in guten Verhältnissen. In der Nacht vom 26/27. November überkam ihn plötzlich der Trieb, seine Frau zu erdrosseln oder zu erstechen; er suchte sie zu erwürgen und griff sie auch mit dem Messer an. Dieselbe musste im Hemd zu Nachbarsleuten fliehen. Patient wurde nun bewacht und beruhigte er sich bald, doch wiederholten sich ähnliche Aufregungszustände, in denen er es besonders auf seine Frau abgesehen hatte. In den ruhigen Stunden bat er seine Frau um Verzeihung, er könne nicht anders, es treibe ihn innerlich. Einmal suchte Patient sich aufzuhängen, doch entfernte er selbst wieder den Strick, als er sich beruhigt hatte. (Anamnese nur sehr ungenau, da der Begleiter nur einzelne Bruchstücke vom Hörensagen mitteilen konnte.)

Status bei der Aufnahme: Patient ist zur Zeit äusserlich moros verstimmt, leicht benommen; er erzählt, dass ein unwiderstehlicher, innerer Drang

ihn zu seinen aggressiven Akten gezwungen, dass er dabei dessen, was er zu thun unternehme, sich ziemlich bewusst gewesen, dass er aber trotzdem nicht anders habe handeln können. Wenn die Aufregung vorbei gewesen, habe ihn regelmässig grosse Reue erfasst.

Auf der Oberfläche der Zunge nahe am linken Rande befindet sich eine Bisswunde, die sich Patient in der letzten Aufregung zugezogen haben will; ferner will Patient im Frühjahr a. c. einen Schwindelanfall durchgemacht haben. Somatisch ist nichts besonderes zu finden. Puls und Temperatur normal, keine Spuren von Infectionskrankheiten; kein Trauma, keine paralytischen Symptome. In der Nacht zum 1. Dezember war Patient sehr aufgeregt, schien den Teufel zu sehen, schrie ängstlich. Er wurde isoliert, auf die Wachstation gebracht. Auch an den folgenden Tagen in hochgradiger ängstlicher Unruhe, tobte insbesondere Nachts, verkroch sich in seine Betten, hielt den Lärm auf der Abteilung für das Geschrei der Hölle, schien aber auch, wenn es auf der Abteilung ruhig war, Poltern und Schreien zu hören. Jeden Morgen erzählt er mit Schrecken, dass der Teufel bei ihm gewesen, bat man möge ihn auf eine andere Abteilung thun, hier stürme alles auf ihn ein. (Man vergleiche mit dieser Angabe das bei Epileptikern häufige koncentrische Anrücken umringender Volkshaufen.)

Sein Bewusstsein war auch in den aufgeregten Stunden nicht tief gestört, er erkannte den Arzt, wusste, wo er sich befand, vermutete aber überall Teufel. Zuweilen wies er das Essen zurück.

Vom 8. XII. an ruhiger, aber, weil noch von

Zeit zu Zeit von Angstanfällen mit zuweilen aggressivem Character erfasst, noch bis zum 10. XII. isoliert. Von da ab ruhig und klar, aber anscheinend innerlich noch etwas ängstlich.

Während des übrigen Monats andauernd ruhig und vollkommen klar, macht einen etwas schwachsinnigen Eindruck. Er ist zufrieden und fügt sich in alles. Bescheiden drückt er den Wunsch aus, bald wieder bei den Seinigen sein zu dürfen. Da und dort klagt er über Kopfschmerz, der gewöhnlich Nachts an Heftigkeit zunimmt, hat dann früh etwas eingenommenen Kopf. Vereinzelte Bromverordnungen wirkten momentan gut, ohne jedoch die Wiederkehr des Kopfschmerzes zu verhindern.

Auch in den folgenden Monaten ist sein Verhalten unverändert. Mitte März wird er auf eine andere Abteilung versetzt, ist hierüber garnicht erfreut, kann sich nicht eingewöhnen und zeigt sich dabei recht kindisch und haltlos. Bis Oktober andauernd ruhig, hat immer von Zeit zu Zeit über Kopfschmerzen zu klagen. Seit Mitte Oktober bleibt er von der Gartenarbeit weg, dieselbe sei zu beschwerlich für ihn, geht nur zur Holzarbeit.

Die ihm Mitte November zugekommene Nachricht vom Ableben seiner Frau hat ihn natürlich sehr betrübt, doch hat er sich weiterhin sehr gefasst gezeigt.

Am 13. Dezember Vormittags trat bei dem Patienten, nachdem er schon einige Tage zuvor leichte Verstimmung gezeigt, plötzlich eine starke Veränderung ein: Er fühlte sich auf einmal unwohl, liess nach dem Arzt schicken, dieser fand ihn in hochgradig ängstlicher Verfassung. Patient trippelte

ruhelos hin und her, hatte die Hände gefaltet, klagte dem Arzte in winselndem Tone, dass er schwer krank sei, seine Brust drücke ihn so, das Herz schlage unruhig, er bekomme keinen Atem und fühle Hitze und „Schüttelfrost.“

Gesicht war blass, Hände kühl und zitternd, Puls nur wenig beschleunigt, Atmung rasch und oberflächlich. Temperatur nicht erhöht. Gegen Mittag legte sich allmählich die Angst und abends fühlte er sich wieder relativ wohl, war nur noch leicht verstimmt. Am folgenden Tag ist er wieder ängstlicher, klagt über Druck in der Herzgegend!

Am 15. XII. Vormittags ziemlich stark erregt, fürchtet den Satan, er höre ihn schon, hat einen Rosenkranz in der Hand, den er krampfhaft zerdrückt und nicht herausgeben will, da sonst der „Böse“ Macht über ihn bekomme. Abends wieder ruhiger, desgl. am folgenden Tage.

Am 17. XII. neuerdings voll Angst, fürchtet sich vor dem Satan, bittet, dass man ihn in der Nacht beschützen soll.

Am 18. XII. früh erzählt er stammelnd, er habe die ganze Nacht über den Satan bellen hören; blieb den Tag in ängstlicher Verfassung, klagte über „Schüttelfrost“.!

In der folgenden Nacht wieder Halucinationen (Bellen des Teufels); trippelt am 19. XII. wieder ängstlich auf und ab, drängt zur Thüre, bittet, man möge ihn nicht verlassen.

In der folgenden Nacht unruhig eine Stunde lang, betet und jammert laut, hört den Satan; unter Tags betrachtet er furchtsam seine Umgebung, fürchtet, „man wolle ihn umbringen.“

In der Nacht zum 21. XII. wieder unruhig, hat es immer mit dem Satan zu thun, erschrickt, wenn andere Kranke rufen, hört, dass man ihn umbringen wolle.

Am 22. XII. quält er sich mit dem Selbstvorwurf, dass durch sein Verschulden 20 Mk. an der Kirchenkasse abgingen, und dass er in Strafe komme.

Am folgenden Tage unverändert, immer ängstlich, hört, dass man ihn umbringen wolle, dass er gestraft werde, nachts hört er den Teufel bellen, betet viel.

In den letzten Tagen des Dezember schien er nicht mehr zu hallucinieren, blieb aber gedrückt und verzagt. Am 3. I. 93 auf eine andere Abteilung mittransferiert, ist er nicht erbaut davon, „es sei hier so beängstigend still.“ (Auf der bisherigen Abteilung hatte er über Unruhe geklagt.)

Auf seinen Wunsch am andern Tage nach einer anderen Abteilung versetzt, gewöhnt er sich auch hier schwer ein, bleibt die nächsten Tage schüchtern und verstimmt.

Seit dem 8. I. allmählig freier von gedrückter Stimmung. Am 14. I. auf seine frühere Lieblings-Abteilung versetzt, braucht er wieder einige Zeit zur Eingewöhnung.

Seit 18. I. status quo ante; hat ziemlich gute Erinnerung für den überstandenen Paroxysmus.

Im Februar ruhig und klar, dazwischen hat er über Kopfschmerzen zu klagen.

Auch im März ist keine Aufregung zu verzeichnen; doch auch in dieser ruhigen Zeit zeigt Patient, je länger man ihn zu beobachten Gelegenheit hat, neben seinem Schwachsinn mehrfache

phsychopathische Erscheinungen: Er ist trotz seines gutmütigen, freundlichen Gebahrens, das er gewöhnlich dem Arzt gegenüber an den Tag legt, doch ein recht epileptischer Character, liebt es da und dort, an jeder Kleinigkeit zu nörgeln, hat oft etwas am Essen auszusetzen, verklagt gern andere Kranke oder die Wärter, macht jüngst Ausstände mit seiner Garderobe, sagt, das seien Zuchthauskleider etc., etc. Bei diesen Ansprüchen leistet er umgekehrt der Anstalt garnichts, ist absolut nicht zur Gartenarbeit zu bewegen, und bleibt, da es gegenwärtig im Holzhof nichts zu thun giebt, lieber ganz von der Arbeit weg, gleichwohl betrachtet er es als ganz selbstverständlich, dass ihm Bier und Tabak nicht entzogen werde.

Weiterhin keine Aenderung.

Mitte Mai zeigte er sich so ganz in seiner Reizbarkeit und Leidenschaftlichkeit. Der Oberwärter hatte bei einer auf der Abteilung vorgekommenen Ungehörigkeit den Patienten in Verdacht und machte ihm in scherzhafter Manier Vorhaltungen. Darüber kam nun Patient ganz und gar aus der Fassung; jammerte und schimpfte über die Ungerechtigkeit und Schande, die man ihm zugefügt habe, weinte, ass am gleichen Tage nichts zu Mittag und Abend, schlief die folgende Nacht schlecht und war auch in den folgenden Tagen noch nicht beruhigt, trotzdem man ihm wiederholt versicherte, dass die ganze Sache auf einem Missverständnis beruhe und eigentlich nur scherzhaft gemeint gewesen sei, und dass es dem Oberwärter leid thue, zu diesem Missverständnis Anlass gegeben zu haben. Er war für alle diese Vorstellungen taub und verbohrte sich nur

immer und immer wieder in die Phrase, dass er diese „Schande“ nicht auf sich sitzen lassen könne.

Die weiteren Monate ist er wieder ruhig, doch immer empfindlich.

Mitte September klagt er über Kreuzschmerzen, für die nichts objectives nachweisbar ist, er erhält Chloroformöl zum Einreiben. In den nächsten Tagen ist er wieder grob, weil er angeblich keine Besserung verspürte, „das Zeug helfe nichts.“ Patient zeigt auch immer eine gewisse Eitelkeit.

Den Rest des Jahres, wie auch 1894 bis zum Oktober, lebt er andauernd ruhig dahin, wenn ihm nichts in den Weg kommt, neigt aber bei relativ kleinlichen Dingen zu morosem Querulieren. Als am 11. Oktober die Bestimmung zur Ausführung kam, dass künftighin entgegen der bisher üblichen Zeiteinteilung die bei der Holzarbeit beschäftigten Kranken Vormittags von 8—11 Uhr und Nachmittags von 2 bis 5 Uhr zu arbeiten hätten, war Patient der einzige, der revoltierte, er blieb zurück und erklärte, er lasse sich nicht schinden. Ein gerade an diesem Tage einsetzendes Unwohlsein nervöser Natur schob er natürlich auf die „Schinderei“ der vormittägigen 3stündigen Arbeit. Abends fühlte er sich elend, hatte Brechreiz, Kopfschmerz, Brustbeklemmung. Objectiv war lediglich eine enorme Beschleunigung der Herzthätigkeit (Puls und Herzschläge unzählbar) nachzuweisen. Er wurde auf die Krankenabteilung gebracht. In der Nacht zum 12. und am folgenden Vormittag trat bei anhaltender Tachykardie nochmals Erbrechen ein. Gegen Abend des 12. X. stellte sich normale Herzthätigkeit und damit allgemeines Wohlbefinden ein. In den folgenden Tagen blieb er noch

zu Bett. Am 14. X. auf seine Abteilung zurückversetzt, geht er auch jetzt noch nicht zur Holzarbeit mit, „er lasse sich nicht kasteien", zeigt sich bei Vorhaltungen als echter, hartköpfiger Epileptiker.

Seit Anfang November ist er wieder bei der Holzarbeit, giebt selbst klein bei. Bis zum Schluss des Jahres wie auch fernerhin nichts Besonderes.

Fassen wir das klinische Bild, welches uns Schm. bietet, näher in's Auge, so haben wir zunächst (Ende November 91) einen plötzlich scheinbar spontan ohne jede äussere Veranlassung Nachts auftretenden Erregungszustand mit dem impulsiven Triebe zu aggressiven Handlungen. Der Anfall geht zuerst rasch vorüber, doch wiederholen sich die Aufregungszustände während der nächsten Tage noch mehrmals, so dass er der Anstalt übergeben werden muss.

Hier zeigt er schon in der ersten Nacht hochgradige Aufgeregtheit mit ängstlichen Hallucinationen, Teufelsvisionen und schreckhaften Gehörstäuschungen. Die Störungen des Bewusstseins entsprechen hierbei der Höhe der ängstlichen Aufgeregtheit.

10 Tage hindurch dauert dieser Zustand bei zahlreichen Remissionen, und da Pat. in den Angstanfällen aggressiv wird, muss er isoliert werden.

Vom 10. Dezember an hat er wieder Ruhe und Klarheit gefunden und in wenigen Tagen ist sein psychisches Gleichgewicht hergestellt.

Gerade ein Jahr später, in der ersten Hälfte des Dezember, wird Pat. wieder auffällig durch leichte Verstimmung, und am 13. XII. geht ganz plötzlich eine starke Veränderung mit ihm vor: Er wird von hochgradiger Angst befallen, welche auch in schweren physischen Sensationen zum Ausdruck

kommt: Opressionsgefühl auf der Brust, Störung der Herzinnervation und der Atmungsthätigkeit, sowie vasomotorische Störungen. Nach einigen Remissionen wird die Erregung stärker, am 13. XII. bekommt Pat. wieder grosse Angst vor dem Satan, und zwar scheint es, dass diese noch nicht durch Hallucinationen hervorgerufen ist (er „fürchtet sich vor dem Satan"), sondern dass letztere vielmehr erst im Verlauf und bei Steigerung der ängstlichen Erregung auftreten. In der Nacht zum 18. XII., wie auch in den folgenden Nächten wird er dann von zahlreichen Gehörshallucinationen heimgesucht; diese dauern bis gegen Ende Dezember; von dieser Zeit an erfolgt mit allmählichem Schwinden der gedrückten Stimmung bis Mitte Januar die Rückkehr zum status quo ante.

Das Bewusstsein des Kranken war in diesem Paroxysmus wohl noch mehr gestört als im vorjährigen, doch ist die Erinnerung für den überstandenen Paroxysmus eine ziemlich gute zu nennen.

In der von den schweren Anfällen freien Zeit imponieren bei dem Patienten als Zeichens einer dauernden Erkrankung die somatischen Störungen, seine Characteranomalie und sein Schwachsinn. Während bei unserm erstangeführten Patient klassische motorische Paroxysmen nachzuweissen waren, kamen solche bei dem zweiten Kranken niemals zur Beobachtung, doch sehen wir auch bei ihm mehrfache Aequivalente auftreten. Als solche sind aufzufassen die periodisch wiederkehrenden, heftigen Kopfschmerzen, welche auf Bromgaben prompt reagieren, ohne dass jedoch dadurch ihre Wiederkehr verhindert würde; ferner die jeder antineuralgischen

Medikation unzugänglichen zeitweiligen Kreuzschmerzen, dann die Innervationsstörungen vom 11.—12. X. 94, wo anschliessend an eine unverhältnismässig hohe psychische Erregung ausser Brustbeklemmung, Kopfschmerz und Erbrechen enorme Tachykardie nachzuweisen war.

Während in Eall I wie II der epileptisch veränderte Character deutlich ausgebildet war, finden wir nur in letzterem Schwachsinn auftreten, doch auch hier nur in mässigem Grade. Dies entspricht der Erfahrung, dass, obwohl bei ca. 70% aller Epileptiker der Intellect nicht intact bleibt, es doch wenigstens bei der spät ausbrechenden Epilepsie meist zu keiner, oder doch nur zu geringer Demenz kommt.

Die Anfälle selbst unterscheiden sich bei unseren Kranken hauptsächlich durch ihre Dauer (Fall Schw. 8, 6, 7, 4 Tage, Fall Schm. 15 resp. 26 Tage). Bei Schw. ist nicht auszuschliessen, dass dem ersten psychischen Anfall ein klassischer Insult unbeachtet vorausging und ist sein Verhalten als postepileptisches Irresein gut characterisiert.

Die Dauer des postepileptischen Irreseins und in specie der Stuporformen zählt in der Regel nur nach Tagen (nach Falret durchschnittlich 3—4 Tage.)

Das postepileptische Irresein, das „grand mal intellectuel", überschreitet nur höchst selten die Dauer von 14 Tagen. Das längere epileptische Irresein des Schm. ist daher als ein chronisch protrahiertes zu bezeichnen, d. h. als ein primäres, das sich chronisch protrahierte. Wichtig ist die baldige Erkennung unserer Kranken als Epileptiker wegen der Prognose. Dieselbe ist güustig, insofern

ausgesprochen wird, dass der Einzelanfall ebenso günstig und rasch verlaufen wird, wie die früheren, doch ist andererseits zu betonen, dass eine Heilung der Grundkrankheit nicht eintreten wird und daher grosse Wahrscheinlichkeit für das Recidivieren der Anfälle besteht.

Da man jedoch zu der Anschauung neigt, dass, wenn man die Wiederkehr eines epileptischen Delirs erwarten kann, der betreffende Kranke einer dauernden Anstaltsverpflegung schon wegen seiner Kriminalität dringend bedürftig sei, so hielt es Verfasser für angebracht, durch den erstangeführten Fall zu zeigen, dass bei langen Intervallen nicht immer die Prognose so ungünstig zu stellen ist, dass man den Kranken für immer aus der freien Gesellschaft entfernen muss, sondern dass man einen solchen Pat., selbst wenn er, wie in unserem Fall, schon schwer kriminell geworden war, und obwohl die Wiederkehr psychischer Aufregungszustände zu erwarten ist, dennoch unter den angeführten Kautelen seiner Familie und seinem Berufe zurückgeben kann, ein Verfahren, welches in unserm Falle vorzüglich geglückt ist.

Am Schlusse der Arbeit erfülle ich gerne die angenehme Pflicht, meinen hochverehrten Lehrern, dem kgl. Direktor der Kreisirrenanstalt zu Erlangen, Herrn Professor Dr. Bumm, für die Ueberlassung des Materials, wie für die vielfachen Anregungen zu dem Thema, und Herrn Professor Dr. von Strümpell für die Uebernahme des Präsidiums meinen herzlichsten Dank auszusprechen.